

受付番号

様式第 1 号(第 3 条関係)

高根沢町特定疾患者見舞金認定請求書

令和 8 年 月 日

高根沢町長 様

申請者住所 高根沢町

氏名

(患者との続柄)

保 護 者 (18 歳未満の場合)	氏 名	男 女	患者との続柄
	住 所		
特 定 疾 患 者	氏 名		男 女
	生年月日 年 月 日		
	住 所 高根沢町		
	病 名		発病年月日 年 月 日
	病状又は健康状態 1 良 好 2 変化なし 3 悪 化 4 他の病気を併発(病名) 5 その他()		
	医療機関名		入 院 ・ 通 院
職 業		ふ り が な 口座名義人	
金融機関		銀行 農協 信金	支店・口座番号